

UNTERSUCHUNGSaufTRAG FNR:	Bitte freilassen:
Materialannahme: Montag bis Freitag, nach telefonischer Anmeldung auch Samstag Untersuchungsmaterial: 20 ml Knochenmark (Heparin-Na ca. 500 IE/ml Aspirat) + 15 ml EDTA-Blut (Molekulargenetik) <u>und</u> 15 ml Heparin-Blut (Zytogenetik) Versand: Sofort nach Punktion per Post-Express oder Kurierdienst in sterilen, bruchsicher verpackten Transportröhrchen. Die Proben müssen bei Raumtemperatur gelagert und versandt werden und dürfen nicht eingefroren werden. Das Material muss binnen 24h im Labor sein! Bei Versand am Freitag dringend Samstagszustellung ankreuzen!	

Material (bitte ankreuzen): Knochenmark: <input type="radio"/> Peripheres Blut: <input type="radio"/> Sonstiges: <input type="radio"/> Knochenmarkausstriche: <input type="radio"/> Blutausstriche: <input type="radio"/>	Datum und Uhrzeit der Materialentnahme: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	---

Patientendaten:	bzw. Patientenaufkleber:	Bitte ankreuzen
Name:.....		Rechnung <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:.....		§116 <input type="checkbox"/>
Straße:.....		Privat <input type="checkbox"/>
Wohnort:.....		Ü-Schein <input type="checkbox"/>
Krankenversicherung:.....	ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>	

Diagnose/Fragestellung:	Therapie:
--------------------------------	------------------

Vorangegangene allogene Stammzell-Transplantation: Ja Nein
Falls Ja, Geschlecht des Spenders/der Spenderin: männlich weiblich

Blutbild (Datum):
 Hämoglobin (g/dl):.....Leukozyten (10³/µl):.....Thrombozyten (10³/µl):.....

Sonstige Angaben:.....

Gewünschte Untersuchung:	Diagnose/Verdachtsdiagnose:
Stufendiagnostik <input type="radio"/>	AML <input type="radio"/> ALL <input type="radio"/>
Chromosomenbänderungsanalyse <input type="radio"/>	CML <input type="radio"/> CLL <input type="radio"/>
FISH <input type="radio"/>	MDS <input type="radio"/> MPN <input type="radio"/>
Mutationsanalyse / NGS <input type="radio"/>	T-NHL <input type="radio"/> B-NHL <input type="radio"/>
Chimärismusanalyse vor TX: <input type="radio"/> nach TX: <input type="radio"/>	HES/CEL <input type="radio"/> Myelom <input type="radio"/>
SNP-Analyse <input type="radio"/>	Sonstiges:
<ul style="list-style-type: none"> + Immunphänotypisierung (FACS), Zytomorphologie (KM-Befundung) <ul style="list-style-type: none"> → Bitte Anforderungsformular des UMG-L verwenden → (https://labor.umg.eu/) + Knochenmarkstanze (Histologie) <ul style="list-style-type: none"> → Bitte Anforderungsformular der Pathologie verwenden → (www.pathologie-umg.de) 	

Telefon Nr. Fax Anforderender Arzt/Ärztin Datum und Unterschrift:	Stempel: <div style="text-align: right; font-size: small;">19/10</div>
--	--

Einverständniserklärung

Patientendaten: **bzw. Patientenaufkleber:**

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

Wohnort:.....

Krankenversicherung:.....



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt möchte eine Spezialuntersuchung des Blutes und/oder Knochenmarkes durchführen lassen. Aus dem eingesandten Material werden, je nach Anforderung, spezielle Untersuchungen durchgeführt. Dabei handelt es sich um mikroskopische Untersuchungen der Blut- und/oder Knochenmarkzellen (Morphologie), die Untersuchung der Oberflächeneigenschaften der Blut- und/oder Knochenmarkzellen (Durchflusszytometrie) und/oder die Untersuchungen der genetischen Eigenschaften der genannten Zellen. Hierzu zählen die Untersuchung der Chromosomen (Bänderungsanalyse), spezieller Abschnitte der Chromosomen (FISH-Analyse; SNP-Analyse) oder der Gene (Molekulargenetik).

Die genetischen Veränderungen finden sich hierbei meist nur in den erkrankten Zellen und wurden im Laufe des Lebens erworben. Trotzdem können mit den angeforderten Untersuchungen eventuell zufällig auch angeborene Veränderungen entdeckt werden, welche mit Ihrer Blut-/oder Knochenmarkerkrankung in keinem Zusammenhang stehen, aber möglicherweise vererbt werden. Diese haben nicht in jedem Fall Krankheitswert für Sie oder Ihre Nachkommen. Sollten entsprechende Veränderungen gefunden werden, wird Sie Ihr behandelnder Arzt über den Nachweis und die mögliche Bedeutung der Befunde aufklären.

Das eingesandte Material wird, sofern nach Durchführung der Untersuchungen noch Reste vorhanden sind, bei uns aufbewahrt. Sofern Sie einverstanden sind, können wir dieses Material für Forschungs- und/oder Entwicklungszwecke weiter verwenden. Im Falle wissenschaftlicher Auswertung können hierbei Ihre Krankheitsdaten in anonymisierter Form ebenfalls verwendet werden. Keinesfalls werden personenbezogene Daten wie Name, Adresse oder Geburtsdatum verwendet. Die Daten und Materialien können hierbei ggf. auch an wissenschaftliche Kooperationspartner weitergegeben werden. Auch hier werden ausschließlich anonymisierte Daten verwendet, so dass eine nachträgliche Identifizierung Ihrer Person nicht möglich ist. Sie können hiermit helfen, die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Blut- oder Knochenmarkerkrankungen weiter zu entwickeln und zu verbessern. Für Ihr Einverständnis sind wir daher sehr dankbar. Alle Untersuchungsergebnisse unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit einer Durchführung der von meinem Arzt empfohlenen Laboranalysen bin ich einverstanden:

Ja

Nein

Der Verwendung überschüssigen Materials sowie meiner Krankendaten (in anonymisierter Form) für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu:

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift